

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N^o 189

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Le Docteur Michel TABARY

Médecin légiste

*Diplômé de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie
de l'Université de Paris.*

Né à Paris le 11 Avril 1905.

LE MÉDECIN

ET LA

Loi sur les Assurances Sociales

Président : M. BALTHAZARD, professeur

PARIS

L'ÉMANCIPATRICE (Imprimerie Coopérative)

3, rue de Pondichéry, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Le Docteur Michel TABARY

Médecin légiste

*Diplômé de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie
de l'Université de Paris.*

Né à Paris le 11 Avril 1905.

LE MÉDECIN

ET LA

Loi sur les Assurances Sociales

Président : M. BALTHAZARD, professeur

PARIS

L'ÉMANCIPATRICE (Imprimerie Coopérative)

3, rue de Pondichéry, 3

1932

DOYEN... V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE ..	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE ...	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI ..	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE ...	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphi- ligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma
profonde affection.*

A MA GRAND'MERE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Maître AUGUSTE LEBEAU

Avocat à la Cour d'appel de Paris

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu me donner le sujet de cette thèse et m'éclairer de ses conseils.

En témoignage de ma profonde et respectueuse gratitude.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Professeur de médecine légale

à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

*Qui nous a fait le grand
honneur de présider cette
thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital Cochin

Commandeur de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

Officier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-A. SICARD

Professeur de pathologie médicale à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALLÉ

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LE LORIER

Accoucheur de la Maternité
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET

Professeur d'hydrologie et de climatologie médicale
à la Faculté de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉDELIÈVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DERVIEUX

MONSIEUR LE DOCTEUR CEILLIER

MONSIEUR KOHN-ABREST

Chef de Laboratoire de toxicologie à la Préfecture de police

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUSTIN-BESANÇON

Chef de clinique à la Faculté de Paris
Chef de Laboratoire d'hydrologie de la Faculté

INTRODUCTION

L'application, dans notre pays, de la loi des Assurances sociales destinée à couvrir les risques permanents qui menacent la vie des travailleurs, constitue une réforme d'une très haute portée sociale.

La loi du 30 avril 1930 est un grand bienfait pour la classe ouvrière, car l'œuvre de protection sociale accomplie avant et depuis la guerre ne comportait que des lois d'hygiène sur la sécurité des usines et des ateliers, des lois sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et quelques-unes encore réglementant le travail de nuit, celui des enfants et des femmes, le repos hebdomadaire et la durée du travail.

Pour la protection de la classe ouvrière, de très bonne heure, plus d'un Etat s'était appliqué à créer des institutions d'assurance sociale couvrant les risques de maladie, d'invalidité, de décès, de maternité, de vieillesse et souvent de chômage.

Avant la guerre, plus de quarante millions d'ouvriers et d'employés, en Europe, bénéficiaient de l'assurance-maladie obligatoire, plus de trente millions de salariés étaient assurés obligatoirement contre l'invalidité et la vieillesse.

Des résultats incontestables ont été obtenus en Allemagne, en Autriche, en Tchécoslovaquie et ont permis de réduire considérablement la mortalité, la mortalité tuberculeuse, et de prolonger la durée moyenne de la vie des travailleurs par la création d'un outillage sanitaire mis à la disposition des plus modestes salariés.

L'assurance sociale, en substituant à l'effort individuel et à l'initiative privée la solidarité obligatoire entre les travailleurs, repose sur l'idée que l'individu ne doit pas se retrancher derrière une imprévoyance qui le laisse finalement à la charge de ses semblables.

Sous peine de devenir elle-même la victime d'une coupable négligence, la collectivité a le devoir de veiller au respect des charges qu'impose un système d'assurances sociales, ces charges ont été mises par la loi du 30 avril 1930 au compte de l'Etat, des employeurs et des assujettis, et, malgré les résistances du début, malgré les indifférences qu'il a fallu secouer, les vieux préjugés qu'il a fallu combattre, il est possible, aujourd'hui, d'affirmer, après un an et demi d'application de la loi, que les Assurances sociales sont entrées définitivement dans la vie et les habitudes de notre pays.

Le chiffre des immatriculations a dépassé de beaucoup celui prévu par les plus optimistes : neuf millions et demi sont immatriculés dans les services départementaux ; les assurés sociaux sont groupés dans les huit cents caisses primaires de répartition qui ont été instituées pour les risques de maladies, de maternité et de décès et dans la centaine de caisses de capitalisation qui doivent gérer les fonds destinés à l'invalidité et à la vieillesse. Quinze pour cent des assurés sociaux sont allés aux caisses mutualistes, vingt-quatre pour cent ont adhéré aux caisses privées, soixante et un pour cent aux caisses départementales.

Les caisses de répartition ont un triple rôle à remplir vis-à-vis de leurs assurés : celui de les indemniser, celui de les guérir et celui de prévenir.

Aux assurés privés de leur salaire du fait de la maladie, les caisses servent une indemnité journalière qui, en principe, s'élève à la moitié du salaire de base ; cette indemnité permet au malade de subvenir à ses besoins pendant toute la durée de son incapacité de travail dans les limites, toutefois, d'une période de six mois à partir de la constatation médicale de la maladie. Cette indemnité journalière, non seulement tient compte de la durée de la maladie, mais encore des charges de famille. Aux femmes assurées, les caisses donnent, pour les six semaines qui précèdent et pour les six semaines qui suivent

l'accouchement, une indemnité journalière établie sur les mêmes bases. Enfin, aux ayants-droit des assurés décédés (conjoint et enfants) les caisses apportent un capital dont le montant varie de mille à deux mille cent soixante francs, et qui peut être augmenté d'une pension d'orphelin de cent quatre-vingts francs par enfant bénéficiaire. Mais mieux qu'elles indemnisent, les caisses se sont attachées à réparer et à guérir la maladie. Les caisses ont entrepris une action prophylactique d'une très grande portée dans la lutte contre les fléaux sociaux : maladies vénériennes, cancer et tuberculose.

Les discussions et les critiques continuent à être très vives contre la loi des Assurances sociales : les uns voient, dans la mutualité, le seul moyen de bon fonctionnement des Assurances sociales; d'autres veulent que l'assurance-maladie soit effectuée par les caisses d'Etat. A notre avis, le médecin doit être la véritable cheville ouvrière de la loi.

Au début, l'application de la loi sur les Assurances sociales a soulevé, dans le corps médical, une certaine animosité. Nombreux sont les confrères qui ont vu, dans les Assurances, comme un nouveau joug s'imposer à eux, une sorte de fonctionnarisme d'Etat voulant les embrigader, leur enlevant toute liberté, toute indépendance et les transformant en un rouage de la grande machine du service administratif des Assurances sociales.

Nous voulons essayer de montrer que le médecin doit apporter sa collaboration aux Assurances sociales, tout en gardant son entière liberté, son indépendance, et diriger, en quelque sorte, le fonctionnement de ce système qui doit permettre à l'assuré de se prémunir, de guérir, de lutter contre les fléaux qui l'accablent.

Le médecin ne doit pas être seulement un guérisseur, il a à remplir un rôle social et prophylactique de lutte contre les maux, d'éducateur des foules, prodiguant aux humbles des conseils leur permettant de résister, dans la mesure du possible, aux affections qui les guettent. Le

médecin, du fait de la tâche immense qui lui incombera, exercera une véritable magistrature sociale. Il deviendra l'agent exécutif de la loi, il sera à la fois le conseiller de l'assuré et le juge placé entre les prétentions des uns et les suspensions des autres, il devra dire ce qui est vrai et juste, déterminer l'incapacité de travail dont est victime l'assuré. En même temps qu'il constate les affections dont souffre l'assuré, lui seul a qualité pour se prononcer sur les contestations et les différents litiges qui peuvent s'élever entre les assurés et les caisses. De ce fait le médecin remplira une très haute fonction sociale, car ses diagnostics deviendront, en l'espèce, des arrêts, des verdicts. Il ne s'agit pas de le fonctionnariser, de « l'étatiser », ce qui serait la ruine du prestige attaché à la profession, tout au contraire, on devra, de plus en plus, « l'individualiser », lui donner la conscience pleine en entière des responsabilités qu'il assume et de l'ampleur de l'œuvre à laquelle il se consacre.

Par une conséquence imprévue et d'ailleurs heureuse, la nouvelle loi va devenir, en quelque sorte, « l'Ecole des Médecins ». Loin d'abaisser le niveau de la profession, elle le relèvera, elle l'exaltera même. Le médecin de demain, par suite de l'accomplissement strict et loyal de la mission qu'il aura accepté de remplir, jouira de l'estime et de la considération qui est due au bienfaiteur de l'humanité.

C'est donc au corps médical qu'incombe la lourde tâche d'organiser le bon fonctionnement des Assurances sociales en créant :

1° Le contrôle simple des assurés;

2° Le contrôle technique des actes médicaux;

3° Et prendre l'initiative de la création de centres de diagnostic mettant à la disposition du médecin des laboratoires et tous les moyens susceptibles de parachever son diagnostic et de prendre toutes mesures utiles pour amener une guérison rapide.

Le corps médical devrait également organiser des cures thermales, mettre à la disposition des caisses : des sanatoria, des préventoria et des maisons de cure dont il conserverait le contrôle et la gestion financière.

Par suite de cette organisation, l'assurance-maladie sera un facteur certain de progrès, en ce sens qu'une infinité de petites gens, auxquels les frais médicaux étaient une trop lourde charge budgétaire, attendaient souvent trop tard pour consulter le médecin, n'hésiteront plus désormais à faire appel à son concours.

Ainsi, la loi sur les Assurances sociales créera une amélioration de la santé publique, augmentera les conditions du bien-être social et apportera, avec la collaboration du corps médical, une précieuse contribution à la diminution de la mortalité et de la morbidité générale.

Nous essayerons, dans ce modeste ouvrage, de montrer ce qu'est l'organisation médicale des Assurances sociales dans divers pays et nous dirons ce qui, à notre avis, devrait être fait en France.

LE ROLE DU MEDECIN DANS DIVERS PAYS ÉTRANGERS

Allemagne

En Allemagne, le médecin de caisse d'assurance sociale est un véritable fonctionnaire, il est à l'entière disposition des caisses; mais le décret promulgué par le Reich le 18 décembre 1931 a, dans une certaine mesure, amélioré leur situation. Le nombre des médecins de caisses reste toujours limité, une caisse fait soigner ses adhérents par un certain nombre de médecins, mais actuellement ce nombre est augmenté, au lieu d'un médecin pour mille assurés, il y en a un pour six cents. L'admission d'un médecin par une caisse ne dépend plus du bon vouloir de cette dernière, mais est réglementé de façon à éviter le favoritisme et l'arbitraire des caisses. Le médecin qui traite un assuré allemand ignore pratiquement la caisse à laquelle celui-ci est adhérent, il ne se trouve plus lié, comme autrefois, à la caisse par un contrat individuel, mais comme l'a établi le décret du 18 décembre par une convention collective passée entre les caisses et la Fédération allemande des médecins de caisses.

Le règlement des honoraires médicaux ne s'effectue plus de la caisse au médecin particulier, mais grâce à un système marquant le caractère collectif qui les lie : la caisse établit, dans son budget, la somme qui doit servir à la rétribution des soins médicaux accordés à ses adhérents, cette somme, qui est d'ailleurs fonction du nombre des assurés et de leur moyenne de morbidité, est versée par la caisse à l'Association des médecins de caisses qui se charge d'en faire la répartition à ses membres.

De plus, l'Association des médecins de caisses, en Alle-

magne, assume, et c'est là une innovation d'importance primordiale, le contrôle de l'activité de ses membres; c'est ce genre de contrôle des actes des divers médecins qui devrait être effectué en France par les syndicats médicaux et que nous désignons sous le nom « de Contrôle technique des actes médicaux », contrôle auquel serait soumis tous les médecins soignant des assurés sociaux, qu'ils soient ou non affiliés aux syndicats.

Alsace-Lorraine

En Alsace-Lorraine subsiste l'ancien régime du Reich tel qu'il existait avant le récent décret du 18 décembre 1931.

Il y a pour les assurés suppression totale du libre choix du médecin, ceux-ci doivent pour se faire soigner s'adresser au médecin agréé par les caisses. Le médecin de caisse en Alsace-Lorraine est un véritable fonctionnaire, la caisse peut le révoquer quand et comme elle veut, si elle le conserve, c'est qu'il se soumet au règlement qui lui est imposé et qui implique la création « d'un tarif d'honoraires médicaux » interdisant toute liberté de prescription. Le médecin d'Assurances sociales ne peut faire qu'un certain nombre de visites nettement spécifiées par le règlement de la caisse; il ne peut pratiquer un acte médical de quelque importance et de quelque utilité soit-il sans en référer au préalable à l'administrateur de la caisse; le nombre des actes médicaux pour certaines maladies, comme le cite notre ami le Docteur Thomazi, est nettement catalogué, ainsi, pour le traitement d'entretien de la syphilis, on ne peut pratiquer que dix-huit piqûres par ans, on peut bien dépasser ce chiffre mais il faut en référer à la caisse et en motiver, par écrit, la nécessité. De ce fait le secret médical est totalement supprimé et les dossiers médicaux, avec diagnostic, certificat, épluchés par un caissier qui conteste la nécessité d'un dosage de sucre dans les urines, par exemple.

De plus en Alsace-Lorraine, les soins sont tout à fait gratuits pour les assurés, de même que les médicaments. Les praticiens ne sont pas honorés directement par les assurés, ils sont payés au forfait par la caisse d'Assurances sociales quel que soit le nombre de malades visités, les interventions pratiquées et leur peine.

Le système, tel qu'il existe actuellement en Alsace-Lorraine, est l'avilissement et l'exploitation du corps médical qui perd toute liberté, toute indépendance et est transformé en un domestique au service d'une collectivité qui ne reconnaît pas son dévouement.

« Le Congrès des médecins de la Moselle, du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, réuni à Metz, le 8 novembre 1931, écartant toute considération politique et se tenant sur le terrain professionnel, a émis le vœu :

« Que soit hâtée l'introduction de la loi française et qu'en attendant soient mises en vigueur les améliorations apportées ailleurs à la loi allemande de 1911, entrée en application en Alsace et en Lorraine le 1^{er} janvier 1914. »

En Alsace-Lorraine, il existe un contrôle des actes du médecin, mais ce contrôle est confié aux caisses : les médecins sont sous l'entière domination de la caisse qui décide de leur admission dans le syndicat et qui tranche les conflits où, souvent, elle est à la fois juge et partie par l'intermédiaire de ses médecins de confiance.

L'obligation, pour l'assuré alsacien-lorrain, de s'adresser au médecin d'assurance sociale indiqué par la caisse est une suppression de la confiance morale que celui-ci a en son médecin car, en plus de son rôle thérapeutique, le médecin remplit un rôle moral indéniable et le moral est d'un grand poids pour assurer le prompt rétablissement du malade, et même, dans certaines maladies comme la tuberculose, le cancer, où la thérapeutique est peu efficace, le malade a besoin de paroles d'encouragement pour l'aider à mieux supporter ses souffrances.

Australie

En Australie, plus particulièrement dans divers pays qui composent le Commonwealth australien, les caisses d'assurances passent des conventions avec les instituts médicaux qui emploient des médecins consacrant tout leur temps au service de ces instituts. Les médecins sont imposés aux assurés australiens, ils reçoivent, comme honoraires, une somme forfaitaire pour les soins médicaux et les fournitures pharmaceutiques. L'entente directe, c'est-à-dire le paiement du médecin par l'assuré, n'existe pas.

Ainsi que le libre choix, la confiance que l'assuré a dans son médecin est supprimée.

C'est ce genre de système que certaines caisses voudraient instaurer en France; les syndicats médicaux doivent conjuguer tous leurs efforts pour empêcher le fonctionnement d'un tel organisme. Il est nécessaire que le médecin français garde toute son indépendance pour la guérison et la prophylaxie des assurés et que les caisses ne lui imposent pas une marche à suivre, c'est-à-dire l'obligation stricte d'un certain nombre d'actes médicaux ou chirurgicaux nécessaire à la thérapeutique rationnelle des diverses affections qui peuvent se présenter.

Belgique

En Belgique, il existe une forme déguisée du libre choix, en effet, d'après le texte de la loi belge des Assurances sociales, l'assuré a droit de se faire soigner par le médecin de son choix, mais seul n'est agréé que le médecin reconnu par la caisse; dans les campagnes belges seul le médecin local est agréé. De plus les caisses prélèvent sur les prestations des soins médicaux et pharmaceutiques une taxe réversible au Trésor de l'Etat belge.

Au point de vue prophylactique, le système des Assu-

rances sociales belges repose sur une base solide : les caisses, avec le concours de l'Etat, ont organisé des cliniques où peuvent se faire soigner les assurés, clinique comme « La Mutualité de Verviers », fondée par l'Union nationale des Fédérations mutualistes neutres de Belgique, « Maisons de cure de Tribomont et D'Heyst-sur-Mer » appartenant à la Fédération nationale des Mutualités socialistes.

Pour la lutte contre la tuberculose entreprise par la Belgique, un grand effort a été fait : les Associations mutualistes, qui assurent leurs affiliés contre la tuberculose, leur accordent :

1° Le traitement dans un sanatorium et dans les établissements de convalescence;

2° Des prestations et des secours en nature consistant en des consultations par des spécialistes, des dons de médicaments et des fortifiants;

3° Des allocations journalières pour suralimentation, soins.

Les groupements mutualistes n'assurent pas seulement à leurs adhérents les services de médecine générale, mais encore les soins de médecins spécialistes, de clinique. Avec l'aide de cotisations spéciales, les Fédérations ont pu organiser des services de médecine spéciale, des sanatoria, comme celui de Monts-sur-Meuse.

Les caisses belges d'Assurances sociales pour la tuberculose ont une action à la fois préventive et curative, grâce à la collaboration de l'Etat et de l'Œuvre nationale contre la Tuberculose; leur action s'exerce par l'organisation de centres de dépistage (dispensaires d'hygiène sociale), par l'éducation prophylactique des mutualistes à l'aide de conférences, de tracts et avec le concours d'infirmières visiteuses, par la création de services permettant d'assurer aux membres les bienfaits du sanatorium, des cures d'air, de repos, de la suralimentation, des visites par des médecins spécialistes, par l'octroi

d'indemnités assurant aux mutualistes la possibilité de changer de métier pour éviter ou guérir la tuberculose, par la protection des membres de la famille des tuberculeux incurables, protection réalisée : ou en isolant le malade, ou en logeant la famille dans des conditions sanitaires spéciales.

Les Pays-Bas

Les Pays-Bas possèdent une loi des Assurances sociales, mais il n'y a pas de règlement spécial instituant l'assurance-maladie. En Hollande, il existe des caisses remboursant les prestations et des caisses distribuant des soins médicaux et pharmaceutiques, ces deux organismes sont nettement indépendants l'un de l'autre. L'assuré peut être à la fois membre de plusieurs caisses fournissant des indemnités journalières, mais ne peut être affilié qu'à une seule caisse distribuant les soins médicaux et pharmaceutiques. Les soins sont garantis à l'assuré et à sa famille, mais les indemnités ne sont fournies qu'à l'assuré lui-même. Ces deux sortes de caisses sont reconnues par l'Etat qui leur accorde des subventions, elles existent dans les villes et les communes rurales.

L'assuré hollandais a le libre choix de son médecin et des établissements où il désire se faire traiter.

Depuis 1913, le corps médical hollandais, dans le but de défendre ses intérêts professionnels, a commencé à instituer des caisses d'assurance-maladie administrées par des médecins, ces caisses se nomment « Caisses de la Société des médecins ». L'entente directe n'existe pas, le médecin est rémunéré au moyen d'une somme forfaitaire allouée à chaque famille d'assuré, il en est de même pour la rémunération des pharmaciens.

Toutes les caisses d'assurance-maladie hollandaises, administrées par les médecins, admettent à leur service tous les membres de la Société des médecins.

Actuellement aux Pays-Bas, il existe près de quarante caisses administrées par des médecins, toutes ces caisses possèdent un règlement uniforme, la Direction des caisses est composée de quelques médecins et pharmaciens, ainsi que de personnes élues par les assurés inscrits. C'est ce système de caisses, gérées et administrées par des médecins, qu'il serait désirable de voir se développer en France. Un essai a d'ailleurs été tenté dans ce sens en 1920 dans une grande ville du sud-ouest de la France où s'était constituée une Société civile, coopérative de médecins qui, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixe, assurait aux membres des groupements affiliés ou aux isolés la gratuité des soins médicaux et chirurgicaux. Le médecin, le chirurgien ou le spécialiste recevait en paiement de l'acte médical un ticket que le malade avait acheté à la caisse, le montant de ce ticket était acquis à la Société. Le contrôle facile et rapide était assuré par l'un des médecins administrateurs; et en dix ans d'existence de cette société aucun abus sérieux n'a été constaté.

En Hollande il existe un contrôle des assurés, mais son organisation est défectueuse car il y a de nombreux abus commis par les assurés, abus plus facile à déceler dans les communes rurales que dans les villes. Le contrôle des assurés est défectueux, en ce sens, qu'il est souvent pratiqué trop tardivement, lorsque le malade est guéri, dans certaines caisses-maladie, échappant à la Direction du corps médical, le contrôle est effectué par des employés non médecins.

La Société des médecins hollandais exerce également un droit de contrôle sur les autres caisses d'assurance-maladie n'accordant que les soins médicaux et non administrées par le corps médical. La Société des médecins est chargée de veiller au prestige des médecins, de défendre leurs intérêts matériels, de veiller aux bons rapports entre malades et praticiens; de plus, en 1914, elle a fondé une caisse de résistance, dans laquelle tous les

médecins, travaillant pour les caisses ou sociétés d'assurances, avaient à verser deux pour cent des revenus qu'ils se faisaient ainsi, les sommes réunies servaient à indemniser les collègues qui auraient pu être éventuellement frustrés.

La Suisse

L'organisation du service médical de l'assurance-maladie est fondée sur la collaboration des caisses avec les médecins et les pharmaciens. La législation suisse a prescrit le libre choix qui consiste dans le droit, pour chaque assuré de la caisse, de recourir à tout médecin pratiquant au lieu de son domicile ou aux environs. La rémunération des soins donnés par les médecins et les médicaments fournis par les pharmaciens aux membres des caisses-maladie reconnues est fixée sur la base des tarifs cantonaux établie par les autorités cantonales après consultation des Associations professionnelles de médecins et de pharmaciens, ces tarifs fixent les sommes minima et maxima qui doivent et peuvent être exigées pour chaque consultation, visite, intervention spéciale, ainsi que le taux des indemnités supplémentaires kilométriques. Tous les membres d'une même caisse-maladie sont soumis aux mêmes conditions en ce qui concerne les frais médicaux. Les médecins et les pharmaciens ne peuvent exiger du malade une rémunération supérieure au maximum fixé par le tarif.

L'action des caisses-maladie ayant pour but d'enrayer les abus des soins médicaux revêt plusieurs formes :

A. Système du ticket modérateur.

Un premier moyen, fréquemment employé par les caisses suisses, consiste à laisser à la charge de l'assuré une partie des honoraires médicaux et des frais de médicaments. Ce système est pratiqué, en général, à l'aide de tickets modérateurs achetés, en certaine quantité, par

l'assuré au début de la maladie; ces tickets sont délivrés, contre versement de leur valeur, en même temps que les feuilles de maladie.

B. Système du forfait.

Le deuxième moyen consiste dans la fixation de rémunération forfaitaire pouvant être établie sur la base du nombre des assurés, de l'étendue des prestations en nature et calculées, d'après l'expérience, en tenant compte des taux prévus par les tarifs cantonaux.

C. Le système de la réduction des honoraires médicaux.

Ce système appliqué par la caisse-maladie publique du canton de Bâle-Ville repose sur une convention passée entre la caisse et l'Association des médecins. Il permet de réduire les honoraires totaux des médecins si les soins donnés aux malades dépassent une certaine limite. La somme totale des honoraires de tous les médecins est divisée par le nombre des assurés traités, l'administration de la Caisse obtient ainsi la moyenne des frais de traitement par malade, par ce calcul elle établit la distinction entre les diverses catégories de médecins (médecine générale, spécialistes). Si le montant des honoraires d'un médecin dépasse la moyenne des frais médicaux établie par son propre groupe et que l'excédent s'élève à plus de dix pour cent, une réduction de un quart à un demi pour cent doit être opérée par la caisse sur la somme dépassant la moyenne représentant le coût normal des soins médicaux, de plus l'Administration de la caisse établit le coût moyen, par malade, des produits pharmaceutiques ordonnés, lorsque les notes se rapportant aux produits pharmaceutiques dépassent la moyenne de plus de vingt pour cent, la caisse peut effectuer des réductions d'un huitième à un quart

de la somme totale du coût de ces ordonnances pour l'assuré en question.

Afin d'éviter que les soins médicaux soient prodigués inutilement, l'Administration de la caisse publique établit la proportion entre le nombre des membres d'une même famille soignée en même temps et le total de tous les malades. Avec ces données que la caisse possède sur l'activité de chaque médecin, elle se trouve fondée à opérer une réduction si le nombre des visites ou consultations données par un médecin aux membres d'une même famille dépasse la moyenne de plus de vingt pour cent, cette réduction peut varier d'un dixième à un quart pour cent des honoraires dépassant la moyenne. Toutes les réductions sont opérées sur la proposition des médecins-conseils de la caisse, par une Commission médicale créée au sein de l'Association des médecins.

D. Système de surveillance.

Dans le canton de Saint-Gall, pour ce qui concerne le contrôle des honoraires des médecins, il existe une Commission cantonale de surveillance composée de quatorze membres, dont sept titulaires et sept suppléants : trois des membres titulaires sont représentés par des médecins et trois autres sont des délégués des caisses. Cette Commission a pour but d'examiner toutes les affaires communes aux caisses et aux médecins, elle joue également le rôle de Commission de conciliation en cas de différends entre caisses et médecins; à ce titre la Commission cantonale de surveillance est apte à contrôler les notes d'honoraires, le contrôle peut s'exercer à l'égard d'un seul médecin ou de l'ensemble du corps médical.

E. Système de Coopératives.

Enfin à Winterthur, il existe un système peu répandu d'associations coopératives de médecins qui sont char-

gées du contrôle et du paiement des notes d'honoraires. Les caisses versent à la Coopérative des médecins la partie des cotisations afférentes aux prestations en nature. Les médecins suisses de Winterthur se déclarent surtout satisfaits de ce que les litiges relatifs aux honoraires médicaux sont tranchés, grâce à l'établissement de ce système, par une organisation de médecins. De leur côté, les caisses suisses pensent que l'Association est obligée de prendre toutes les mesures utiles contre les médecins commettant des abus, puisque, dans son ensemble, le corps médical local doit se contenter des sommes cédées par les caisses à la coopérative pour couvrir l'ensemble des honoraires médicaux.

ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SOCIAUX EN SUISSE

En Suisse, la lutte contre les fléaux sociaux est loin d'être aussi bien organisée qu'en Belgique, cependant, il est évident que l'assurance-maladie exerce une influence favorable sur la santé publique.

Au point de vue de la prophylaxie sociale, il faut noter l'effort fait en vue de la lutte contre les maladies vénériennes, la syphilis, l'alcoolisme et enfin la tuberculose. En ce qui concerne les soins à donner aux personnes atteintes de maladies vénériennes ainsi qu'aux syphilitiques, les caisses suisses reconnaissent à ces malades le droit aux soins médicaux et pharmaceutiques, mais plusieurs d'entre elles veillent, par l'intermédiaire du médecin traitant et du médecin-conseil de la caisse, à ce que les soins médicaux ne soient pas interrompus prématurément.

L'action des caisses-maladie suisses dans la lutte contre la tuberculose est composée de la façon suivante :

- 1° Création de dispensaires;
- 2° Création de préventoria et de sanatoria;

3° Création d'hôpitaux;

4° Création de maisons de cure.

Bien que ces établissements dépendent financièrement des principaux services publics ou privés d'hygiène sociale, plusieurs caisses-maladie et associations importantes de caisses participent à l'entretien des sanatoria.

Il existe en Suisse de nombreuses organisations qui peuvent mettre à la disposition des assurés malades des établissements de cure où ils reçoivent des soins médicaux éclairés dans des conditions en rapport avec leur situation matérielle.

ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL EN FRANCE

D'après la loi des Assurances sociales françaises du 5 avril 1928, l'assuré a le libre choix du médecin. Lorsqu'il consulte le praticien, il lui présente une feuille de maladie délivrée par la Caisse pour une durée de quinze jours, sur laquelle le médecin signe une première fois pour montrer que l'assuré est venu le consulter, une deuxième fois pour montrer qu'il a reçu le montant de la prestation; de plus, dans une autre colonne, il marque l'acte médical effectué : « C » s'il s'agit d'une consultation, « V » d'une visite, il note en outre la durée de l'incapacité de travail dont est victime l'assuré; mais cette feuille de maladie est mal établie : Qui empêche l'assuré peu honnête et peu scrupuleux d'imiter la signature du médecin et de marquer des visites ou des consultations, qui n'ont pas été effectuées, dans le but de se faire rembourser des prestations auxquelles il n'a pas droit? Il devrait être institué, selon l'avis de M. le professeur Duvoir, un carnet à souche analogue à celui délivré pour les soins gratuits aux victimes de la guerre.

En outre, le contrôle des assurés est actuellement inexistant : au reçu de la carte-lettre informant la Caisse que l'assuré est victime d'une incapacité de travail, celle-ci envoie à domicile son visiteur ou sa visiteuse pour constater la situation matérielle de fait du malade : repos au lit, repos à la chambre, nécessité d'interrompre le travail. Mais ces agents n'ont aucune qualité et ne possèdent aucune connaissance pour se rendre compte si l'assuré est réellement malade.

La Caisse rembourse à son sociétaire une partie des actes médicaux effectués, 12 francs pour une consultation et 13 fr. 50 pour une visite et 85 % des frais pharmaceutiques, elle lui paye en plus une indemnité jour-

nalière variable avec la catégorie à laquelle appartient l'assuré :

- 3 francs pour les assurés de la première catégorie;
- 6 francs pour la deuxième;
- 9 francs pour la troisième;
- 12 francs pour la quatrième;
- 18 francs pour la cinquième.

Le remboursement des prestations n'est pas effectué seulement à l'assuré, mais encore à sa femme et à ses enfants; le législateur a prévu le risque maternité: la femme bénéficie des prestations en nature (médicales et pharmaceutiques) au cours de la grossesse et pendant les six mois qui suivent l'accouchement. L'assurée reçoit une indemnité journalière égale à la moitié du salaire six semaines avant et six semaines après l'accouchement à la condition qu'elle cesse tout travail au début de la grossesse. Les assurés reçoivent des allocations mensuelles d'allaitement s'élevant à:

- 150 francs pendant les quatre premiers mois;
- 100 francs pendant les cinquième et sixième mois;
- 50 francs pendant les septième, huitième et neuvième mois.

Quand elle ne peut allaiter, elle a droit à des bons de lait dont la valeur n'excède jamais les deux tiers de la prime d'allaitement. Mais, au point de vue de l'assurance-maternité, la femme pour ses visites pré-natales n'a pas toujours le libre choix du médecin, car certaines caisses ne remboursent pas les prestations si elles ne vont pas au moins trois fois dans des consultations pré-natales agréées par les institutions d'Assurances sociales et dont la liste leur est remise par les caisses.

Les Caisses d'assurances, qui distribuent les prestations en nature, sont tenues d'organiser le service de ces prestations, elles doivent fournir l'assistance médicale, pourvoir à l'hospitalisation des malades, prendre soin des débiles et des convalescents, elles doivent recourir

au concours des médecins et des chirurgiens qui, d'après la loi sur la santé publique, sont qualifiés à pratiquer. En dehors de cette règle, qui donne une première garantie aux assurés et à la profession médicale, la loi ne laisse pas à l'institution d'assurance l'entière liberté d'organiser à son gré le service médical. Les caisses doivent collaborer, pour l'organisation du service médical, avec les Syndicats médicaux.

PROJET D'ORGANISATION MÉDICALE EN FRANCE

Le contrôle des assurés

Le corps médical devrait organiser le contrôle des assurés: au reçu de la carte-lettre, envoyée par l'assuré à sa caisse l'avisant qu'il est malade, celle-ci enverrait son médecin contrôleur qui d'accord, autant que possible, avec le médecin traitant dont l'assuré a le libre choix, fixerait la durée de l'incapacité de travail et ne devrait s'immiscer, en quoi que ce soit, dans le traitement du malade. La durée de l'incapacité de travail serait fixée par le médecin contrôleur de la caisse et le médecin traitant ne pourrait être considéré comme fautif si ses prévisions d'incapacité ne concordaient pas avec celles du médecin de la caisse; en cas de désaccord entre eux deux, le Syndicat jouerait le rôle d'arbitre, il n'aurait pas à condamner le médecin traitant pour avoir été trop large, pas plus qu'il n'aurait à condamner le médecin de la caisse s'il s'était montré trop sévère.

Le contrôle administratif des assurés devrait s'inspirer de celui des Compagnies d'assurances pour les accidents de travail. Ce contrôle serait déclenché après l'envoi, non à l'administrateur de la Caisse mais au médecin de la Caisse, d'un certificat du médecin traitant constatant que l'assuré est dans un état de santé nécessitant une interruption de travail; le médecin contrôleur de la Caisse, après entente avec le médecin traitant, visiterait l'assuré; mais ce contrôle reposerait sur une base d'accord et serait moins brutal que celui des accidents de travail où, souvent, le médecin de contrôle de la Compagnie fixe une heure sans entente préalable avec le médecin traitant.

Le médecin traitant pourrait communiquer, d'accord

avec le malade, les renseignements techniques nécessaires au médecin contrôleur de la caisse, tenu lui-même, en vertu d'un engagement spécial, au secret professionnel.

La fonction de médecin contrôleur de Caisse devrait être confiée à des médecins qui, par leurs connaissances médicales, leur expérience des hommes et des choses, leur caractère pussent apporter, dans l'accomplissement de leur mission du discernement, du tact, de l'autorité, une observation étroite des règles déontologiques.

Le médecin traitant ne serait autorisé à divulguer le secret professionnel ni directement, ni indirectement, en dehors des cas où la loi lui en fait une obligation. Lorsque le médecin croit devoir, à la demande du malade, lui délivrer un certificat comportant un diagnostic, il doit en apprécier l'opportunité et les conséquences et ne pas en dépasser le but. La communication du diagnostic ne pourrait être faite par le médecin traitant au médecin contrôleur que si celui-ci est lui-même astreint au secret professionnel vis-à-vis de ses mandants; cette communication ne devrait être faite qu'avec l'autorisation du malade et dans la forme habituelle de la consultation.

Il serait souhaitable que le service de contrôle des malades fût un service technique autonome et astreint au secret professionnel en ce qui concerne le malade en traitement.

La visite du médecin de contrôle aurait lieu surtout au domicile du malade, c'est chez ce dernier que le médecin contrôleur, délégué par la Caisse, pourrait faire le plus facilement son enquête, se rendre compte de la manière dont les prescriptions médicales sont exécutées et respectées. Le médecin traitant n'assisterait à la visite de contrôle qu'à la demande du malade et aux frais de celui-ci. Le médecin contrôleur garderait pour lui tout ce qu'il aurait appris du médecin traitant et se bornerait à déclarer à son mandant: « le

malade est bien ou mal soigné, il est de bonne foi ou il simule la maladie » sans dévoiler en quoi que ce soit le diagnostic de son confrère, ni ce que ce dernier a pu lui confier.

Le rôle du médecin contrôleur sera celui d'un homme de l'art qui représentera un tiers : soit la Caisse d'assurance pour vérifier la matérialité des faits, soit le Syndicat pour s'assurer des actes professionnels du médecin traitant.

Contrôle technique des actes médicaux

En plus du contrôle des assurés sociaux, il devrait exister un contrôle des syndicats médicaux sur les différents praticiens soignant les assurés. Les délégués des syndicats médicaux examineraient les dossiers des malades et se prononceraient sur la nécessité de tel ou tel acte médical. Si, par exemple, il y avait un nombre exagéré de visites ou de consultations ou des interventions injustifiées, ils convoqueraient devant eux les médecins jugés coupables et leur adresseraient des remontrances ; en cas de fautes graves, ils pourraient faire comparaître les délinquants devant un Conseil de famille composé de médecins. On s'acheminerait, de cette façon, vers la constitution d'un Conseil régional ou local pour les grandes villes, de l'Ordre des médecins et des chirurgiens analogue à l'Ordre des avocats ou au Corps universitaire qui comprend des tribunaux spéciaux composés de représentants élus de toutes les catégories d'intéressés.

Il pourrait être interjeté appel de cette juridiction professionnelle devant un tribunal supérieur médical, qui prononcerait des sanctions pouvant aller de la suppression temporaire du droit d'exercer à l'exclusion définitive du corps médical.

Comme objection à cette proposition, il se présente le cas suivant : il pourrait être pénible pour certains médecins, ayant une haute conscience professionnelle

et une grande probité, d'envisager l'éventualité d'une défense devant des confrères rivaux et portés par la concurrence à quelque sévérité, l'expérience des magistrats, des universitaires, des avocats montre que l'éventualité est ordinairement rare et bien peu redoutable. Il importe donc d'organiser, sinon une répression, mais du moins de mettre un frein à certaines tendances qui se manifestent chez des praticiens peu scrupuleux, qui ont tenté de grossir leur clientèle au détriment des plus probes, grâce à des complaisances qui échappent à la condamnation légale, mais non à la condamnation morale. La concurrence déloyale doit être d'autant plus soigneusement éliminée qu'elle nuit au prestige du corps médical.

En dehors des abus qui peuvent se produire et que sanctionnerait le contrôle organisé par les syndicats médicaux, il est souhaitable que dans certains cas, comme par exemple l'envoi de malades dans une clinique, dans une station thermale, dans des centres spéciaux de cure, il y ait l'approbation d'une Commission spéciale médicale en tous les cas où les décisions du médecin traitant engageraient les assurés dans des dépenses extraordinaires ou feraient des privilégiés.

En plus du contrôle des soins exercé par les syndicats médicaux, il leur incomberait également le contrôle des expertises médicales; les opérations de contrôle pour les expertises médicales ne devront s'effectuer que sur la demande des parties qui se supposeront lésées, soit par les assurés, soit par les administrateurs des caisses.

Des Commissions de contrôle devraient être constituées soit d'une façon permanente pour ne siéger que si elles sont convoquées par l'administration, soit pour siéger périodiquement; elles se composeraient de représentants des parties intéressées avec des médecins comme conseillers techniques.

Il faudrait établir une juridiction spéciale et compétente pour donner une suite équitable aux réclamations

des assurés qui s'estimeraient lésés par des évaluations fausses, par des expertises mal conduites.

Le contrôle des expertises médicales, exercé par les syndicats, unifiera les méthodes d'évaluation des besoins réels et d'appréciation des degrés de guérison.

« La loi sur les Assurances sociales étant une œuvre de solidarité et de prophylaxie sociale qui oblige le médecin à faire passer le souci de sa réputation personnelle, de son succès individuel, de sa liberté même après celui de la confiance à inspirer aux assurés, grâce au concours collectif de l'art de soigner et de guérir, uni à l'art de répartir les avantages sociaux, selon les droits de chacun, il y aurait intérêt à ce qu'une magistrature médicale et sociale, comme celle qui va surgir, présentât toutes les garanties d'une vraie magistrature. »

Exemple de la vie d'une Caisse d'assurance-maladie

Les diverses Caisses d'assurances, grâce aux fonds provenant des cotisations versées par les assurés et aux subventions fournies par l'Etat, couvrent certains risques et remboursent les prestations pour les soins médicaux, pour les soins pharmaceutiques et pour les soins dentaires. Ainsi, pour l'année 1931, à la Caisse primaire des malades de la Rive gauche de Paris, dans la somme totale des risques couverts, les soins médicaux figurent pour 20,45 %, les soins pharmaceutiques, pour 24,80 %, l'assurance-maternité, pour 8,85 %, les soins dentaires, pour 2,65 % et l'hospitalisation, pour 2,95 %.

Il résulte de ce rapide aperçu que les frais médicaux sont pour une faible part dans les frais que supporte une caisse.

Les assurés sociaux à l'hôpital

Les assurés sociaux ont parfaitement le droit de se faire soigner dans les hôpitaux, où ils seront traités

comme les malades ordinaires et se conformeront aux divers règlements édictés par les commissions administratives.

Les caisses leur rembourseraient, sur le vu des reçus fournis par la direction de l'hôpital, une partie des sommes versées pour les frais d'hospitalisation ou de traitement. Comme les médecins des hôpitaux ne reçoivent pas d'honoraires pour le traitement des malades dans ces établissements, il serait souhaitable qu'une somme fût prélevée par les caisses sur les prestations allouées pour le traitement à l'hôpital et versées à l'administration.

Les assurés sociaux soignés dans les hôpitaux seraient soumis, comme le sont actuellement les accidentés du travail se faisant traiter dans ces établissements, à la visite du médecin de contrôle de la Caisse qui fixerait la durée moyenne du traitement et de l'hospitalisation d'accord, autant que possible, avec le médecin-chef de service.

Il faudrait que les caisses s'entendissent pour passer une convention avec les hôpitaux.

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français a émis le vœu que les catégories d'assurés sociaux se faisant soigner à l'hôpital soient réduites à deux : 1° les indigents ou privés de ressources, pour lesquels le corps médical est prêt à envisager la gratuité complète des soins ; 2° les autres assurés, pour lesquels l'entente directe avec le libre choix, partout où il sera possible, doit être reconnu comme la seule modalité équitable.

Jusqu'ici, rien n'a été organisé pour le traitement des assurés sociaux à l'hôpital, à l'heure actuelle, comme le relate le *Bulletin officiel* de la ville de Paris, la Caisse interdépartementale des Assurances sociales de Seine et de Seine-et-Oise doit à l'Assistance publique une somme de huit millions neuf cent soixante-dix-neuf mille francs et, sur cette somme, au 1^{er} septembre 1931,

il a été versé effectivement: un million huit cent un mille francs, dont deux cent soixante-quatre mille neuf cents francs pour honoraires médicaux.

Création de centres de diagnostic

Le corps médical doit prendre l'initiative de la création de centres de diagnostic mis à la disposition des praticiens pour parfaire leurs diagnostics et poursuivre leurs investigations dans le but de favoriser la prompte guérison des assurés. Ces centres seront de véritables Instituts médicaux possédant des laboratoires de bactériologie, de séro-diagnostic, de radiographie, des appareils de rayons X, de radiumthérapie pour entreprendre la lutte contre le cancer. Ces Instituts travailleront en collaboration étroite avec le médecin traitant, auquel ils soumettront les résultats de leurs investigations, recherches utiles et nécessaires que le médecin praticien, absorbé par son labeur, n'a pas le temps matériel de pratiquer.

Ces centres de diagnostic, gérés par le corps médical, seraient sous son contrôle financier et mis à la disposition des caisses qui ne devraient pas posséder, comme cela existe actuellement dans nos départements d'Alsace-Lorraine, des dispensaires avec des médecins fonctionnaires n'ayant aucune liberté et qui reçoivent mensuellement un traitement fixe, quels que soient leur peine et le nombre des assurés visités par eux.

Les centres de diagnostic seraient aussi des centres de dépistage, ils réaliseraient, en somme, une œuvre de prophylaxie indirecte et cette condition est évidemment nécessaire pour que le médecin leur apporte son entière collaboration. Les centres de diagnostic devraient être mis à la disposition des médecins traitants pour leurs malades assurés sociaux et afin de donner au praticien tous les renseignements d'ordre spécial qui lui sont nécessaires, dans des cas déterminés, pour établir de

la façon la plus précise et la plus scientifique possible le diagnostic qui déterminerait son traitement.

Le malade n'irait pas de lui-même vers les centres de diagnostic, il serait adressé au centre par son médecin. Dans cet établissement, il n'y aurait donc pas de consultation de médecine générale, il y aurait des spécialistes qui apporteraient au médecin traitant, sur sa demande, leur collaboration. Le médecin qui aurait pris l'habitude d'envoyer, aux spécialistes du centre, ses malades assurés sociaux pour tirer de leur cas les affirmations biologiques, radiologiques ou autres, lui permettant d'asseoir un traitement efficace sur un diagnostic précis, ferait, par la suite, inmanquablement, profiter sa clientèle peu aisée de l'habitude prise ainsi de la médecine plus scientifique. Ces centres de diagnostic seraient destinés à donner un meilleur rendement à la médecine courante, comme le dit la circulaire ministérielle, à « faire bénéficier les assurés sociaux des progrès de la médecine moderne ».

La médecine préventive doit être organisée, développée et vulgarisée de façon à préparer les êtres humains à la lutte pour la vie et, comme le dit le docteur Schreiber dans son livre sur la médecine préventive usuelle : « Le développement toujours grandissant des assurances individuelles et sociales impose aux grandes compagnies ou à l'Etat l'obligation de tirer le meilleur parti possible des acquisitions de la médecine préventive; d'autre part, les particuliers éclairés, désireux de bénéficier des plus récentes découvertes médicales dans cet ordre d'idées, deviennent chaque jour plus nombreux. L'habitude est prise, dans certains milieux, de soumettre régulièrement les dents à l'examen du dentiste, sans y être conduit par la douleur; cette excellente habitude ne peut, qu'avec avantage, être étendue aux autres organes. »

En conséquence, le corps médical doit prendre l'initiative de la création de centres de médecine préven-

tive où seraient faits des examens sanitaires périodiques ainsi que le dépistage des lésions naissantes, latentes ou minimales.

Aux Etats-Unis, il existe un centre de médecine préventive très bien organisé où sont pratiqués des examens sanitaires périodiques en séries, il se nomme : « Life extension Institute », Institut pour la prolongation de la vie. Créé en 1913, il donne des résultats merveilleux, d'après les Américains, la mortalité annuelle peut être réduite de moitié par la médecine préventive. Actuellement, plus d'un million d'examen sont pratiqués chaque année aux Etats-Unis et le corps sanitaire américain donne à cet égard l'exemple de la plus grande activité : la moitié des médecins prêtent leur concours à cette grande œuvre.

En 1924, le XI^e Congrès d'Hygiène a réclamé la création de centres de médecine préventive, la généralisation des examens sanitaires périodiques et a émis le vœu que : « les pouvoirs et les Sociétés d'hygiène et de médecine recommandent au public, instamment et sans cesse, par les écrits et par la parole et dans les établissements hospitaliers, de prendre l'excellente habitude de se faire examiner soi-même et les siens par le médecin, le chirurgien ou le spécialiste, en pleine santé, à époques régulières et au moins une fois l'an dans l'âge adulte, plus souvent dans l'enfance et à partir de quarante-cinq ans, ainsi que lorsqu'il en est besoin et sans délais ».

Le corps médical aura donc tout intérêt à organiser la médecine préventive qui a pour but de diminuer ou d'éviter les maladies et de protéger la santé et la vie des êtres humains.

CRÉATION DE CENTRES DE CURES THERMALES POUR LES ASSURÉS SOCIAUX

Les assurés sociaux, de même que les indigents qui ont obtenu le bénéfice du placement dans diverses stations thermales grâce à l'initiative de M. le Professeur Villaret, devraient jouir de certaines cures dans des stations thermales dont la liste suit :

- 1° Tube digestif : *Vichy, Plombières.*
- 2° Cœur, vaisseaux : *Bourbon-Lancy.*
- 3° Rhumatismes, affections douloureuses, séquelles de fractures : *Aix-les-Bains, Dax, Bourbonne-les-Bains, Luchon, Barèges.*
- 4° Bronches : *Le Mont-Dore, Enghien, Amélie-les-Bains.*
- 5° Gynécologie : *Luxeuil, Cauterets.*
- 6° Maladies nerveuses : *Néris-les-Bains.*
- 7° Troubles veineux : *Bagnoles-de-l'Orne.*
- 8° Dermatologie : *Luchon.*
- 9° Affections des muqueuses : *Saint-Christau.*

L'envoi des assurés sociaux dans une station thermale ne pourra être fait qu'après l'examen de l'intéressé par une commission technique fonctionnant, autant que possible, en accord avec le médecin traitant. Cet examen préalable, avant l'envoi dans les villes d'eaux, serait analogue à l'examen que fait subir au Centre de réforme l'autorité militaire aux pensionnés dont l'état nécessite une cure dans une station thermale.

La Caisse d'Assurances sociales rembourserait les prestations nécessaires à la cure, au traitement soit hydrominéral, soit hydrothérapique, ou bien allouerait à l'assuré une somme forfaitaire nécessaire pour payer

les soins donnés à l'établissement thermal et le médecin chargé de suivre l'assuré dans sa cure. Les assurés seraient reçus, pendant la durée de leur saison, dans les hôpitaux annexés aux établissements thermaux avec lesquels les Caisses auraient passé des conventions.

CRÉATION DE CONSULTATIONS PRÉNATALES

Le corps médical devrait prendre l'initiative de la création, pour les assurées elles-mêmes ou pour les femmes d'assurés, de consultations prénatales où elles se feraient visiter au moins une fois par mois, pendant la durée de la grossesse et où tous les examens utiles seraient pratiqués: prises de sang, analyses des urines, dosage de l'albumine et traitement antisypilitique dans les cas nécessaires. L'assurée aurait le libre choix de la consultation prénatale où elle voudrait se faire visiter, elle ne serait nullement obligée, comme l'exigent actuellement certaines Caisses pour rembourser les prestations relevant de l'assurance-maternité, d'aller dans des consultations prénatales déterminées et agréées, dont la liste est fixée par les Caisses d'assurances. A ces consultations prénatales, il serait bon de joindre, comme les a créées M. le Professeur Le Lorier à la maternité de Boucicaut, les visites de nourrissons, où les enfants sont suivis dans les premières années de leur vie. Ces centres de visites d'enfants deviendraient des centres de l'hygiène de l'enfance, des centres de médecine préventive où, grâce au concours de pédiâtres éclairés, seraient dépistées les maladies infantiles et où l'on lutterait contre les fléaux qui peuvent s'abattre sur le petit être humain, de cette façon, serait entreprise une lutte active contre les différents facteurs de la mortalité infantile.

LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE FRAPPANT LES ASSURÉS SOCIAUX

Le corps médical mettra à la disposition des assurés des sanatoria et des préventoria. L'envoi dans ces établissements sera fait, après examen, par une commission technique de contrôle, et c'est pour cette raison et pour assurer la prophylaxie de la tuberculose qu'il serait souhaitable que la déclaration, après inscription aux maladies contagieuses, fût obligatoire. Sans doute, cette mesure présente des inconvénients assez considérables pour que l'Académie de médecine ait pu la considérer comme inopportune, mais il n'en est pas moins vrai que toutes ces raisons doivent s'effacer devant la gravité du mal. On pourra objecter, contre la déclaration obligatoire, que cette révélation brutale sera l'assassinat du malade, qu'il y a là une violation du secret professionnel, mais tous ces arguments ne prévaudront point contre les services que l'on est en droit d'attendre de la déclaration obligatoire qui favorisera grandement le rôle de prophylaxie inscrit, par le législateur, dans le texte de la loi. La déclaration obligatoire de la tuberculose sera, en effet, la meilleure sauvegarde contre le malade et son entourage; par le fait même des précautions hygiéniques qu'elle comporte, elle ne pourra manquer d'enrayer d'une façon convenable la diffusion si terrible des germes infectieux de cette cruelle maladie. Si la tuberculose fait des ravages si considérables, si la contagion s'effectue d'une façon aussi intense dans certains centres, c'est évidemment par suite du manque absolu de précaution, par défaut constant d'hygiène, par suite d'insouciance, par suite d'ignorance.

La déclaration obligatoire des cas de tuberculose frappant les assurés sociaux aura le double avantage d'évi-

ter une quiétude trompeuse d'abord, et de protéger la famille ou l'entourage du malade ensuite, en les instruisant du danger réel qu'ils courent d'une façon permanente.

Ce qui existe pour la variole, la scarlatine, doit exister, à plus forte raison, pour une maladie qui fait des milliers de victimes chaque jour. Dès que les examens bactériologiques pratiqués par les spécialistes des centres de diagnostic auront démontré, d'une façon absolue, constante et certaine, la présence du bacille de Koch chez un assuré, la déclaration obligatoire de l'affection s'imposera et, avec elle, l'examen par la Commission médicale technique de contrôle, qui jugera de la nécessité de l'envoi dans un sanatorium ou dans un preventorium ou une maison de cure, où le malade trouvera à sa disposition tous les moyens nécessaires de prévention et de lutte contre un des plus grands facteurs de la mortalité humaine.

CONCLUSIONS

La loi sur les Assurances sociales sera une véritable loi de solidarité si l'on suit les directives indiquées par le corps médical dans ses groupements, dans ses syndicats et à l'Institut de médecine légale de Paris.

Du fait de la loi, le médecin doit donc être une sorte d'arbitre placé entre les prétentions des uns et les suspicions des autres, chargé de dire ce qui est médicalement vrai et juste.

Le corps médical doit exercer une véritable magistrature, il ne doit pas se laisser fonctionnariser, ni étatiser, ni être transformé en une bureaucratie tatillonne, routinière.

Pour remplir ce rôle social, le corps médical doit organiser :

- 1° Le contrôle des assurés;
- 2° Le contrôle technique des actes médicaux;
- 3° Des centres de diagnostics;
- 4° Des consultations prénatales;

Et aussi prendre l'initiative de la création de maisons de convalescence, de sanatorias et organiser des cures thermales.

Ce sont ces diverses idées que nous avons essayé de développer dans ce modeste ouvrage.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Vu, le Président de thèse,

BALTHAZARD.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bureau international du Travail. — Etudes et documents, série M (Assurances sociales). N° 7: l'Assurance-maladie libre. Genève, 1927.

Bureau international du Travail. — Etudes et documents, série M (Assurances sociales). N° 6: l'Assurance-maladie obligatoire. Genève, 1927.

D^r J.-M. Eyraud. — Les Assurances sociales en France et la protection de la santé publique. Librairie Félix Alcan.

D^r Pierre Jungné. — Contribution à l'étude de la loi des Assurances sociales. Thèse, Paris, 1931.

D^r Pierre Thomazi. — Le médecin et l'Assurance sociale dans nos départements alsaciens. Thèse, Paris, 1932.

Roger Picard. — Les Assurances sociales, commentaires de la loi du 5 avril 1928.

Office général des Assurances sociales d'Alsace-Lorraine. — Codes des Assurances sociales. 19 juillet 1911.

D^r Schreiber. — La médecine préventive usuelle.

P. Appleton et M. Salama. — Le Droit Médical. Librairie du Monde Médical.

REVUES

Revue générale des Assurances sociales et des accidents du Travail. Journal des Assurances sociales.

Le Moniteur des Assurances sociales.

Bulletin de la Fédération nationale des Syndicats médicaux de France.

Le Médecin syndicaliste.

Le Médecin de France.

Le Concours médical.

Bulletin du Syndicat médical de Paris.

Le Réveil mutualiste (Robert Perdon).

La Médecine internationale illustrée.

Le Conseiller médical.

Le Bulletin officiel de la Ville de Paris.

Le Siècle médical.

La Presse médicale.

Le Monde médical.



